



# Panorama



Publicação da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados – maio | junho 2017 – Ano 12 nº 60

## HOSPITAL HI-TECH

Internet das Coisas, mobilidade e inteligência artificial já são realidade nas instituições hospitalares

### DE VOLTA PRA CASA

Conheça dificuldades e cases de desospitalização

### OPERAÇÃO ENXUTA

Crise faz hospitais reduzirem custos e otimizarem a operação

# Panorama

Publicação da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados – maio | junho 2017 – Ano 12 nº 60

03

## editorial

Pé no futuro, desafio no presente

04

## expediente

06

## anahp por dentro

### Na estrada

Road Show do Sistema de Indicadores Hospitalares da Anahp passa pelo Rio de Janeiro e por Curitiba

08

## anahp por dentro

### Diagnóstico sobre os diagnósticos

Projeto piloto de DRG com associados da Anahp revela pontos fortes e fracos

12

## eventos

### Do hospital para casa

Em workshop, hospitais e empresas de homecare debatem experiências de desospitalização

18

## saúde

### Observatório Anahp 2017

Dados do anuário mostram que, diante da crise, hospitais reduziram custos e otimizaram operações

32

## eventos

### Seminário Anahp Rio de Janeiro

Especialistas e lideranças debateram, na Cidade Maravilhosa, o sistema de saúde do amanhã

36

## membros

Novos associados, mudança de marca, expansão e certificações movimentaram o bimestre

24

## conahp

### Hospitais hi-tech

Inteligência Artificial, Internet das Coisas, mobilidade: instituições já apostam em tecnologias do Hospital do Futuro



Siga a Anahp nas redes sociais:



Anahp



@anahpbrasil



anahp.com.br



@AnahpBrasil

PANORAMA ANAHP | Associação Nacional de Hospitais Privados



# PÉ NO FUTURO, DESAFIO NO PRESENTE

Inteligência Artificial, Internet das Coisas, Big Data, mobilidade. Estas tecnologias estão cada vez mais longe da ficção científica e mais perto de nós, inclusive na Saúde. Nesta edição da revista **Panorama** abordamos temas que vislumbram o futuro dos hospitais – se é que esse espaço se chamará assim no futuro – e alguns desafios e iniciativas que já são parte do nosso presente.

Teremos, com certeza, um hospital cada vez mais hi-tech, com tecnologias usadas em prol do melhor cuidado e atendimento ao indivíduo. Mas este usuário do sistema de saúde também dá sinais de mudanças na relação com os sistemas de saúde.

O paciente, como conhecemos, está mudando e moldará esse futuro. Mais engajado e empoderado, hoje os indivíduos já são mais do que clientes para os hospitais, eles saíram dos corredores e leitos para ocupar um lugar cada vez mais estratégico em conselhos e departamentos criados para ouvi-los.

Mas essa transformação não é apenas comportamental. Ela passa também pela já tão falada mudança no perfil das doenças – de aguda para crônica - e o au-

mento da expectativa de vida, o que, com certeza, já impacta a gestão dos sistemas de saúde.

Ainda nesta edição e em consonância com os temas abordados nesta publicação, compartilhamos com nossos leitores as discussões do primeiro Seminário de 2017 abordando “O Hospital do Futuro: O Futuro dos Hospitais”, realizado no Rio de Janeiro. O evento reuniu mais de 200 pessoas e foi um aquecimento importante para o nosso Congresso que acontecerá em novembro.

Essas são algumas das discussões que você lerá nas próximas páginas. O amanhã das organizações está sendo desenhado agora, mas ainda temos que resolver grandes desafios do tempo presente.

Boa leitura!

**Francisco Balestrin**  
Presidente do Conselho  
de Administração



# Panorama **Anahp**

## Conselho de Administração

Presidente: Francisco Balestrin | H. Vita Curitiba – PR  
Vice-Presidente: Eduardo Amaro | H. e Maternidade Santa Joana – SP

Ary Ribeiro | H. do Coração (HCor) – SP  
Fernando Torelly | H. Sírio-Libanês – SP  
Francisco Eustácio Vieira | H. Santa Joana – PE  
Henrique Neves | H. Israelita Albert Einstein – SP  
José Ricardo de Mello | H. Santa Rosa – MT  
José Roberto Guersola | Hospital Barra D'Or – RJ  
Maria Norma Salvador Ligório | H. Mater Dei – MG

## Expediente

Panorama é uma publicação bimestral da Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados.

## Jornalista Responsável

Evelyn Tiburzio – MTB 11.385/MG

## Redação

Marcelo Gimenes Vieira  
Maria Carolina Buriti

## Direção de Arte

Otávio Henrique Neves

## Fotos

Divulgação  
Gustavo Rampini  
Shutterstock

## Tiragem

3.500 exemplares

Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados  
Rua Cincinato Braga, 37 – 4º andar – São Paulo – SP  
[www.anaahp.com.br](http://www.anaahp.com.br) – 11 3178.7444

## DIAMOND



Medtronic



## GOLD



bionexo



## SILVER



**3M** Ciência.  
Aplicada à vida.™

HOSPITAL 



# TOUR VIRTUAL 360°

Quer proporcionar uma experiência  
inesquecível aos seus pacientes?

Navegue em nossa plataforma 360°  
e conheça as soluções 3M para:

- Limpeza Profissional
- Comunicação Visual
- Arquitetura



[3m.com.br/3M/pt\\_BR/brand-experience/tour-saude](http://3m.com.br/3M/pt_BR/brand-experience/tour-saude)

# NA ESTRADA

Anahp promove Road Show do novo SINHA nas cidades do Rio de Janeiro (RJ) e Curitiba (PR) para apresentar novas funcionalidades da plataforma

Em abril, a Anahp deu início ao Road Show SINHA – Sistema de Indicadores Hospitalares da Anahp – uma série de encontros com os associados para explicar as novas funcionalidades da plataforma e esclarecer dúvidas dos usuários.

A primeira parada ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, onde o treinamento reuniu cerca de 40 pessoas do estado e também de cidades próximas como Juiz de Fora (MG). Em maio, foi a vez de Curitiba (PR) reunir cerca de 70 profissionais para compreender melhor as novidades da plataforma.

“Percebemos o quanto o SINHA acrescenta para os gestores das áreas e como o sistema é útil para o dia a dia, tanto para melhorar as áreas de linha de frente dos hospitais como para levar informações para o



âmbito estratégico e ajudar na tomada de decisão”, analisou Paulo Zimmer, coordenador do Grupo de Trabalho de Melhores Práticas Assistenciais da Anahp, que junto com Keila Amaral, do Núcleo de Estudos e Análises (NEA) da Anahp, ministra os treinamentos.

Durante o treinamento, as novas funcionalidades do SINHA são apresentadas e são esclarecidas as

principais dúvidas sobre os atuais 243 indicadores, que agrupam dados das áreas de sustentabilidade, gestão de pessoas, financeiro, homecare e assistencial.

“O novo SINHA foi construído de forma colaborativa, com a participação de quase todos os Grupos de Trabalho da Anahp. O mais importante é a troca, nos treina-

mentos ficamos mais próximos do nosso associado”, afirmou Evelyn Tiburzio, Gerente Técnica da Associação.

A nova plataforma está no ar desde março. O SINHA é o principal instrumento de benchmarking do setor no Brasil, referência inclusive para o próprio Ministério da Saúde.



# DIAGNÓSTICO SOBRE OS DIAGNÓSTICOS

Projeto piloto de DRG com hospitais da Anahp revela que o Brasil ainda precisa amadurecer na utilização da metodologia como ferramenta de gestão do desempenho dos serviços

Imagine um hospital capaz de identificar com precisão que recursos são consumidos para o tratamento de uma condição clínica específica em um grupo de pacientes de perfil semelhante. Por exemplo, o quanto de insumos e mão de obra um grupo de mulheres entre 25 e 30 anos, com condições clínicas semelhantes, consome em partos normais, ou homens de 70 anos, também com condições clínicas semelhantes, consomem no tratamento de infarto agudo do miocárdio.

Uma instituição com este conjunto de dados seria capaz de, por exemplo, prever com mais precisão onde ocorrem falhas nos tratamentos ou cirurgias, ou que tipo de insumos podem ser economizados ou comprados com antecedência, ou gerenciar melhor o uso de leitos e salas. Permitem ainda que o hospital saiba, quando comparado a outros hospitais, quais são suas melhores especialidades – o que confere a ele melhores condições para negociar com os planos de

saúde, e também um diferencial competitivo diante da preferência dos pacientes.

Estas são só algumas das vantagens do DRG – Diagnosis Related Groups, ou em tradução livre Grupos de Diagnósticos Relacionados. Trata-se de um sistema de classificação que busca correlacionar tipos de pacientes atendidos com os recursos consumidos durante um período de internação, de acordo com a complexidade, os chamados case mix.



Criada nos anos 1960 por pesquisadores da Universidade de Yale, nos EUA, a metodologia permite uma análise mais precisa de indicadores como média de permanência, mortalidade e consumo de recursos, e a comparação com outros hospitais ou um conjunto de hospitais de mesmas características. Cada DRG é equivalente a um “produto hospitalar”.

Desde a década de 80 a metodologia é usada nos EUA como critério para o pagamento de procedimentos por complexidade de serviços, e chegou ao Brasil como solução justamente para este uso – o que gerou uma certa confusão.

“DRG não é um modelo de pagamento de serviços de hospitais para planos de saúde”, explica Marcia Martiniano de Sousa e Sá, epidemiologista do Hospital Sírio-Libanês, que atuou como consultor durante o projeto. “O que ele faz é promover a transparência.”

Países que adotaram DRG também como modelo de pagamento o fizeram apenas após um período de maturidade da implantação, normalmente entre 5 e 10 anos.

## NA PRÁTICA

Com todas estas vantagens em mente, a Anahp realizou duas fases de teste do DRG com hospitais associados de diferentes regiões do Brasil – 18 na primeira, entre julho de 2014 e junho de 2015, e 14 na segunda, entre julho de 2015 e junho de 2016. O objetivo foi conferir um aspecto prático e teórico para o DRG no país, cuja maior parte do embasamento é na

## CATEGORIAS DO DRG



literatura estrangeira.

O piloto foi realizado em parceria com a 3M, detentora da patente do sistema utilizado no estudo, o APR-DRG (All-Patient Refined DRG). Nele, os pacientes são agrupados em 25 categorias diagnósticas (GCDs), subdivididas em 314 DRGs e depois classificadas em quatro níveis de severidade da doença e quatro de risco de mor-

talidade [ver gráfico acima]. No total são 1.256 combinações possíveis em cada categoria, ou 2.512 no total.

“É no algoritmo da 3M que entra a questão da transparência”, explica Marcia. “Com ele é possível comparar hospitais. Uma operadora vai poder comparar sua rede com outra. Ou o estado consegue comparar prestadores



FIG.16

de serviço público, como já é feito nos EUA e na Europa.”

No entanto, há um fator tão fundamental quanto dificultador do processo para as instituições hospitalares brasileiras: a identificação dos DRGs exige um conjunto básico de informações de diagnóstico dos pacientes, chamado de Conjunto Mínimo de Dados (CMD), constituído por 18 itens obrigatórios [veja abaixo]— alguns deles, mais precisamente os diagnósticos principal e secundário codificados (itens 9 e 10) e os procedimentos (item 12), são os mais críticos. Os hospitais brasileiros carecem justamente de riqueza

nestes dados. “No Brasil nunca tivemos tradição em morbidade hospitalar, ou seja, em registrar os diagnósticos dos pacientes”, explica Marcia. “Não houve investimento em quantificadores, que são as pessoas que pegam a documentação clínica e transformam em códigos.”

Este foi justamente o ponto chave dos treinamentos feitos pela Anahp e a 3M com os hospitais durante as duas fases do piloto. Como o modelo de pagamento atual no setor de saúde suplementar brasileiro é baseado em procedimentos, não diagnósticos, o registro das comorbidades de um paciente no prontuário não é comum, mesmo nos eletrônicos (PEP). Daí o desafio.

## AVANÇOS

“Na primeira fase, os hospitais fizeram um diagnóstico. Enviaram o conjunto mínimo de dados, retornaram os DRGs e isso criou um benchmarking”, conta Marcia. “Na segunda fase foram acrescentados os dados de faturamento. Com eles conseguimos comparar o quanto somos eficientes com relação a outros hospitais.”

Para a médica, após o projeto os hospitais estão mais preparados, mas ainda precisam investir em melhorar a documentação clínica para chegar em diagnósticos e ter um bom DRG. “Estamos nessa fase de melhoria”, complementa.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelas instituições, o projeto piloto de DRG foi considerado potencialmente útil para melhoria da gestão assistencial e da eficiência operacional dos hospitais participantes, mas também mostrou que há desafios culturais para incorporar a metodologia. O principal deles, como já dito, está na acurácia dos dados informados para a classificação dos diagnósticos.

Os hospitais da Anahp que participaram da iniciativa foram capazes de identificar e fazer benchmarking de tempo de permanência, mortalidade e eficiência operacional (consumo de recursos). Há, no entanto, um longo caminho de amadurecimento ainda a percorrer, principalmente no uso do DRG como ferramenta de gestão do desempenho hospitalar, para só então pensar em modelos de pagamento.

## CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS

1	Identificação do hospital
2	Identificação do paciente
3	Data de nascimento
4	Sexo
5	Endereço
6	Fonte pagadora
7	Data de admissão
8	Motivo de admissão
9	Diagnóstico principal
10	Diagnósticos secundários (tantos quanto encontrados no prontuário)
11	Comorbidades
12	Procedimentos cirúrgicos e obstétricos
13	Outro procedimentos (tempo de ventilação superior a 72 horas, procedimentos invasivos, hemoterapia etc)
14	Peso ao nascer (no caso de recém-nascidos)
15	Idade gestacional (no caso de recém-nascidos)
16	Data da alta
17	Motivo da saída (residência, óbito ou transferência externa)
18	Identificação do médico responsável da alta



### CORRIGINDO PROBLEMAS

O Hospital Israelita Albert Einstein também foi consultor de quatro hospitais Anahp participantes do projeto de DRG. Entre a primeira e a segunda fase, essas instituições buscaram melhorar a qualidade da informação diagnóstica (os CID, ou Classificação Internacional de Doenças) inserida no sistema da 3M.

“Sem estrutura consolidada para codificação de qualidade, as informações geradas pelo software podem não representar a realidade da instituição”, pondera Ana Cristina Sogayar, Coordenadora Médica do Departamento de Pacientes Graves do Einstein e consultora do projeto.

O próprio Hospital Israelita já havia vivenciado problema seme-

lhante quando adotou o software de DRG, em agosto de 2015. Naquela altura a base do hospital continha incríveis 70% de erros, valor reduzido para menos de 0,1% em apenas três meses com um cuidado maior na hora de codificar os diagnósticos.

“Foi esse trabalho predominante na consultoria, revisar como as codificações eram feitas no hospital. O resultado da primeira fase tinha números pequenos de codificações, e o case mix não era representativo”, conta Ana. “O problema poderia estar na base. E foi isso que a gente trabalhou.”

Após o trabalho de consultoria houve incremento de qualidade da informação nos hospitais, embora em níveis diferentes. Em todos as informações ficaram mais precisas, melhor apuradas e geraram cases

mixes mais representativos.

Segundo a médica, no entanto, existem outras metodologias de agrupamento de doenças que podem ser mais adequadas para cada instituição ou área hospitalar. O próprio Einstein atualmente avalia quais agrupamentos e nichos são mais adequados, com melhores especificações e mais qualidade de informação. “O DRG não é para 100% das questões. Precisamos entender em quais agrupamentos conseguimos aplicá-lo e utilizá-lo melhor”, pondera.

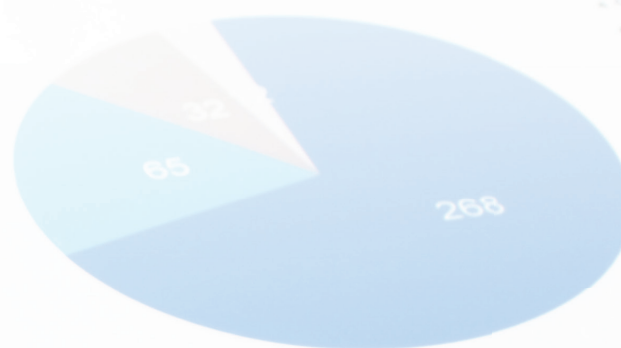


FIG.16



# DO HOSPITAL PARA CASA

*Em workshop promovido pela Anahp, hospitais e empresas de homecare debatem dificuldades e experiências nos processos de desospitalização e recomendações para assistência domiciliar.*

Sair do hospital não significa necessariamente cura ou alta. O tratamento, na maioria das vezes, continua em casa com medicamentos ou na chamada assistência domiciliar. A prática tem crescido nos últimos anos. De acordo com o Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (Nead), é um mercado que movimenta cerca de R\$ 10 bilhões e atende a 1,5 milhão de pacientes.

Frente aos desafios da saúde brasileira, como o envelhecimento da população, o aumento da incidência de doenças crônicas e a falta de leitos hospitalares, gerenciar pacientes de longa permanência e desospitalizar com segurança tem sido um desafio cada vez mais frequente nas instituições.

Isto ocorre porque a transição do hospital para casa envolve uma rede complexa e dependente da família do paciente, do médico, dos processos hospitalares, da fonte pagadora e da empresa de homecare. Com intuito de debater dificuldades e propor a troca

de experiências sobre o assunto, a Anahp reuniu hospitais e empresas de homecare e realizou o workshop "Do hospital para casa".

## MAPEAR É PRECISO

Paradoxalmente, é na porta de entrada do hospital que começa o processo de desospitalização. Por isso, conhecer a origem e o perfil dos pacientes foi fundamental para o Hospital São Rafael, da Bahia. Lá, o desafio era equacionar a alta demanda por leitos hospitalares tanto da emergência – de onde surgem metade das internações – com as cirurgias eletivas; gerenciar os pacientes de longa permanência; e promover a desospitalização segura e o giro de leito mais eficiente.

"Para desospitalizar com segurança é preciso ter a identificação precoce do paciente no momento da admissão", explicou Luiz Soares, gestor médico do Hospital São Rafael. "Criamos algumas ferramentas, já que a grande dificuldade era conseguir leito para demanda espontânea", disse, a respeito da emergência.

Com o mapeamento realizado, o hospital, que tem a gestão de leitos como um dos objetivos do planejamento estratégico, organizou um processo para a desospitalização baseado em quatro premissas: antever as necessidades do paciente antes da alta; parceria com a fonte pagadora; orientação da família; e plano terapêutico desde admissão do paciente.

Hoje, a média atual do hospital é de 4,7 dias de internação. Assim, quando um paciente chega ao quinto dia, é o momento de deixar as equipes de sobreavi-





Em outubro 2016, o Nead reformulou a tabela de avaliação para planejamento de atenção domiciliar, também conhecida como tabela Nead. A nova tabela foi dividida em três grupos:

**1**

elegibilidade, que considera se o paciente terá um cuidador em tempo integral, se o domicílio está livre de riscos e se existe algum impedimento de deslocamento até a rede credenciada;

**2**

critérios para indicação imediata de internação domiciliar, com orientações sobre alimentação parenteral e ventilação mecânica, por exemplo;

**3**

critérios de apoio para indicação de planejamento de atenção domiciliar, relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos.

so. “O time entra a partir do 15° [dia], mas já informamos no quinto para que se identifique algumas ações”, conta.

Com os novos processo, o hospital conseguiu ter mais previsibilidade e aumentou o número de cirurgias eletivas de 1869, em 2015, para 1955, em 2016. A taxa de reinternação em até 30 dias – um dos critérios para o sucesso da alta hospitalar da entidade – caiu de 9,02% em 2014 para 7,6% em 2016, entre outros resultados.

Também aprofundando o conhecimento no perfil de paciente que o Hospital Vera Cruz, de Campinas (SP), percebeu a necessidade de introduzir novas estratégias de atendimento. O perfil da instituição é composto por pacientes de longa permanência, assistência aos doentes crônicos e grande quantidade de atendimentos às pessoas acima de 60 anos – muitas oriundas do plano de saúde da instituição que tem 34,6% da carteira composta por idosos.

“Existe a necessidade de desospitalização e a grande dificuldade é dos pacientes de longa permanência. Temos que con-

siderar que, quando o hospital possui convênio próprio, precisa estar ligado às suas particularidades. Este é o nosso caso”, afirmou Carlos Sampaio, coordenador médico da atenção domiciliar do Vera Cruz. “Nosso serviço de assistência domiciliar atende aos pacientes do convênio do hospital. Então, a longa permanência é realmente uma grande dificuldade e sempre um grande problema”, explicou.

A resposta da instituição foi a criação de programas de acompanhamento dos pacientes considerados de risco e o do serviço de assistência domiciliar. São quatro grupos: 62,22% de crônicos e alta dependência; 19,62% cuidados paliativos; 15,27% estão em assistência domiciliar e 2,89% de ortogeriatrics – pacientes idosos com fratura de fêmur e pacientes eletivos de cirurgia de quadril. “Os pacientes têm várias patologias e a cada uma que se soma com a idade, o que é um fator de risco em si, há um grau de dependência cada vez maior”, analisou Carlos.

Pacientes de longa permanência também eram uma situação

comum no Hospital Nipo-Brasileiro, em São Paulo (SP). A entidade chegou a ter quase 20 pacientes considerados residentes (acima de 90 dias) em 2014. Para mudar a situação, implantou uma série de novas ações, entre elas o Round Semanal Equipe Multiprofissional. Reunem-se médicos, enfermeiros, profissionais de saúde, área comercial e auditoria para discutir as dificuldades da desospitalização de cada paciente.

“Refletimos se há a necessidade de os pacientes estarem em nosso hospital ou se existe a possibilidade de irem para o tratamento em domicílio. Juntos, conseguimos solucionar alguns problemas para a desospitalização do paciente”, compartilhou Vivian de Oliveira, enfermeira da comissão de longa permanência do Nipo Brasileiro.

Como resultado do conjunto de ações, o hospital diminuiu o índice para apenas dois pacientes residentes em 2016. A instituição também baixou o número de dias de longa permanência de 39 em 2015 para 28 em 2016.



## RELAÇÕES COMPLEXAS

A reunião multiprofissional do hospital Nipo-Brasileiro mostra a necessidade de organização e diálogo no complexo fluxo de transição do paciente entre hospital e homecare. Por isso, as instituições têm aprimorado ações ligadas ao tema, e não só encontros com profissionais de diferentes áreas, mas também na estrutura de departamentos, formulários específicos e cartilhas para evitar as divergências de informação, o atraso no processo e, conseqüentemente, o impacto no tratamento do doente.

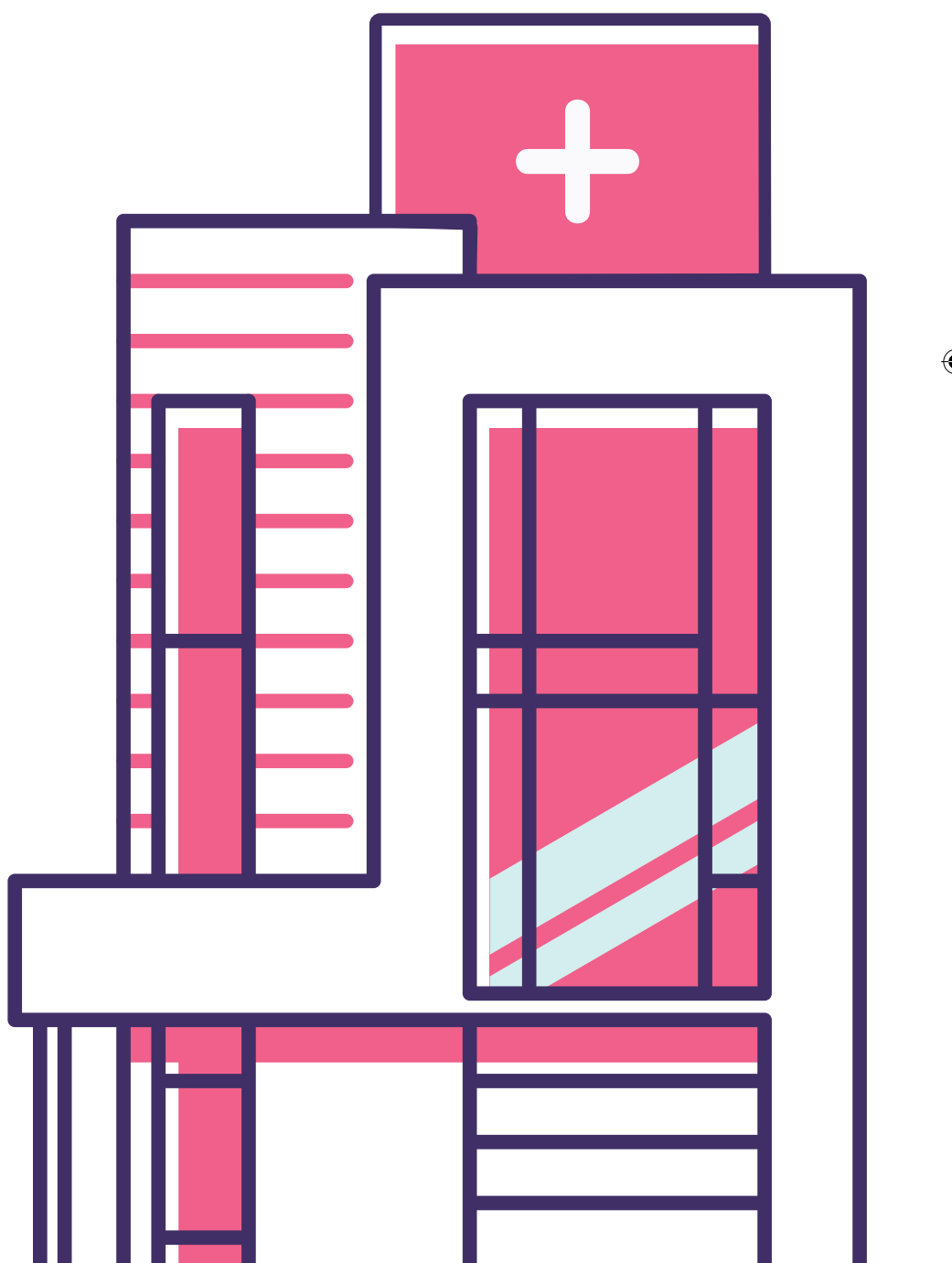
“Observamos se aquilo que o médico está pedindo é factível com a assistência domiciliar. Muitas vezes o que o médico pede é exatamente o mesmo nível de cuidado de dentro do hospital”, conta Patrícia Silveira Rodrigues, enfermeira sênior de gestão do risco de pacientes com condições crônicas e idosos do Hospital Israelita Albert Einstein.

Ao identificar um aumento de pacientes internados acima de 21 dias, o Hospital do Coração (HCor) percebeu que o processo de desospitalização esbarrava em uma série de dificuldades entre médico, operadora e empresa de homecare, além da falta de conhecimento sobre os critérios de elegibilidade para a assistência domiciliar. “Médico nenhum aprende sobre assistência domiciliar na faculdade, nem os enfermeiros”, afirmou Lourdes Ferreira, enfermeira de gerenciamento de leitos do HCor.

Foi acompanhando de perto o serviço do Nead dentro do hospital que Lourdes entendeu o funcionamento da tabela da instituição e conseguiu aprimorar os processos do HCor. “A missão do Nead veio ao encontro das minhas principais dificuldades”, disse.

“NÃO ADIANTA TER A MELHOR FERRAMENTA OU A MELHOR GESTÃO, SE A FAMÍLIA NÃO ESTIVER PREPARADA E BEM ORIENTADA, O PACIENTE NÃO VAI SAIR [DO HOSPITAL]”,

Vivian, do Hospital Nipo-Brasileiro





## MENOR TEMPO DE INTERNAÇÃO

Pacientes passam cada vez menos tempo nos hospitais e a tendência é que esse tempo diminua a cada ano. Para se ter uma ideia, em 2014 a média de permanência nos hospitais Anahp foi de 4,79; dois anos depois, esse número ficou em 4,38, de acordo com dados do Observatório 2017.

## QUESTÃO SOCIAL

Do hospital para a casa, ainda há a questão social do paciente. Resistência de famílias que não se responsabilizam pelo doente, ou não aceitam os cuidados em casa; pacientes que não têm um local adequado para o tratamento ou que oferecem riscos às equipes; e falta de cuidadores são problemas rotineiros que dificultam a desospitalização, além de influenciar no quadro do paciente, que muitas vezes acaba reinternado.

“Muitas vezes o paciente é internado, e a família acredita que o desfecho clínico [óbito] acontecerá na internação, porém ele não

acontece e a família já vendeu o imóvel do paciente. Então, muitas vezes a operadora oferece o ‘care’, mas não existe mais o ‘home’ e o paciente continuará internado e com um grande problema para desospitalizar”, relatou Patrícia, do Einstein.

Para Vivian, do Nipo-Brasileiro, o papel da família no encaminhamento para o homecare é essencial. “Não adianta ter a melhor ferramenta ou a melhor gestão, se

a família não estiver preparada e bem orientada, o paciente não vai sair [do hospital]”, analisou.

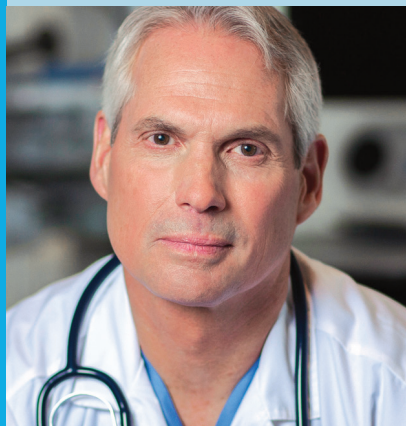
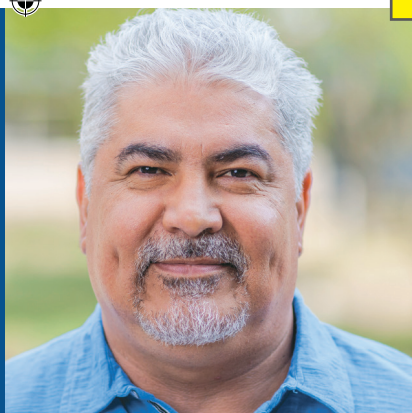
Também participaram do workshop Leonardo Zimmerman, vice-presidente do Nead; Luís Marrochi, da Saúde Care; Isabel Dias, supervisora de equipe multidisciplinar da Pro Care Saúde; Marta Ferreira Passo, gerente da unidade de atenção domiciliar do SOS Vida; Wagner dos Anjos Araujo, coordenador de educação continuada do Pronep.



# INOVANDO COM FOCO EM PACIENTES, MÉDICOS E HOSPITAIS

Ajudar os pacientes a ter saúde, sentir-se melhor, viver mais. Tudo isso faz parte de um dia de trabalho na Medtronic. Ajudar os sistemas de saúde a serem mais eficientes também.

Saiba mais sobre como **juntos estamos levando a saúde além** em [www.medtronicbrasil.com.br](http://www.medtronicbrasil.com.br)



**Medtronic**  
Juntos, além





MÉDICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

ENGENHEIRO CLÍNICO

HOSPITAIS

IMPORTADOR/EXPORTADOR

ADMINISTRADOR HOSPITALAR

ENFERMEIROS

CLÍNICAS

LOJAS DE VAREJO

DISTRIBUIDORES

**12 A 15**  
**MAR | 2018**  
SÃO PAULO | BRASIL  
CENTRO DE EVENTOS  
PRO MAGNO

Se a sua empresa não participou,  
agora é a oportunidade.

- Visitação qualificada com perfil decisor;
- Alto padrão de conteúdo;
- Antecipação de negócios na saúde.

Parceria Estratégica e Conteúdo



**anahp**  
associação nacional  
de hospitais privados

## CONHEÇA A PLANTA DE 2018 E GARANTA SUA LOCALIZAÇÃO.

O melhor custo-benefício do mercado | [negocios@sahe.com.br](mailto:negocios@sahe.com.br) | 11 3198-3673

### Parceiros de Conteúdo



### Apoio



### Realização



### Patrocinador Diamond



### Patrocinadores Gold



### Patrocinadores Silver



### Patrocinadores Bronze



# OPERAÇÃO MAIS ENXUTA

*Crise econômica brasileira faz hospitais reduzirem custos e otimizarem operações. Dados do Observatório Anahp 2017 mostram instituições mais preparadas e transparentes*

Definitivamente não foi um ano fácil: o agravamento da crise econômica brasileira transformou 2016 em um período de cautela. O número de desempregados manteve a tendência de alta, com a população desocupada crescendo dos 8,6 milhões de 2015 para 11,8 milhões no ano passado.

Além disso, o rendimento médio real da população caiu de R\$ 2.076 para R\$ 2.029 no mesmo período, e o setor de saúde suplementar perdeu mais de 1,4 milhão de beneficiários de planos médico-hospitalares, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Não é surpresa, portanto, que as instituições hospitalares tenham reduzido investimentos, renegociado contratos e cortado despesas. Estas medidas permitiram manter o equilíbrio financeiro mesmo após a segunda retração econômica anual consecutiva, com queda da receita líquida de apenas 0,8%, de R\$ 20,3 bilhões

para R\$ 20,2 bilhões.

Dados da 9ª edição do Observatório Anahp, lançado em maio durante a Hospitalar [ver box no fim da matéria], mostram que a readequação financeira dos hospitais associados foi capaz de aumentar as receitas líquidas por paciente-dia em 18,1%, enquanto as despesas totais por paciente-dia subiram 15,4%. No entanto, um custo em particular influenciou os resultados negativamente: o custo do próprio dinheiro.

Foram R\$ 250 milhões gastos a mais entre 2015 e 2016 apenas com despesas financeiras – juros, tarifas bancárias e depreciação. Apenas para ilustrar o tamanho deste montante, com ele seria possível construir mais de 1,3 mil leitos nos hospitais da Anahp.

Outro impacto financeiro relevante da crise destacado pela professora, além da redução do número de beneficiários de planos de saúde – responsáveis por





93,3% das receitas dos hospitais Anahp no período analisado pelo Observatório –, é o aumento do índice de glosas, de 3,17% em 2015 para 3,44% em 2016.

“Minha visão da crise e do impacto sobre os hospitais privados é de alguma forma positivo, pois é quando toda a estrutura de gestão foi revista, e houve uma corrida para reduzir desperdícios e otimizar processos”, pondera Claudia Araujo, professora da Escola de Negócios (Instituto COPPEAD de Administração) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. “Houve o impacto positivo de procurar eficiência de forma mais contundente.”

A professora destaca ainda o aumento da profissionalização e da eficiência, da redução de desperdícios, e também o reforço das relações positivas com fornecedores para que “todos consigam sobreviver e sair desta crise, em busca de acordos que possam ser mais positivos. Tem um aprendizado aí. Um saldo positivo em termos de melhoria da gestão.”

	2015	2016
Índice de glosas	3,17%	3,44%
Participação das receitas	8,8%	8,2%
Diárias e taxas	20,6%	19,4%

## FÓRMULA NÃO TÃO MÁGICA

Tradicionalmente o setor de saúde sofre pressões crescentes de custo. O esforço para manter as despesas sob controle é muito grande, e ainda maior na ocorrência de uma crise como a atual. Os números do Observatório refletem isso.

Houve, por exemplo, redução do custo de pessoal, que respondeu por 45,8% do total das despesas hospitalares em 2016 (eram 47,5% do total um ano antes. Reflexo da redução no ritmo de contratações e na rotatividade da mão de obra. Já os insumos hospitalares responderam por cerca de 39,1% da despesa total, com tendência de redução frente aos 39,2% de 2015.

O esforço por relações mais transparentes feito por prestadores de serviços hospitalares e operadoras com fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) também foi sentido: houve queda na participação das receitas de 8,8% em 2015 para 8,2% em 2016. Setores de suprimentos dos hospitais também têm atuado para reduzir gastos médios com insumos, mesmo diante do aumento dos preços dos produtos, enquanto gastos com medicamentos ficaram praticamente estáveis.

Diárias e taxas contribuíram menos com as receitas, caindo de 20,6% do total em 2015 para 19,4% em 2016.



## FORAM R\$ 250 MILHÕES GASTOS A MAIS ENTRE 2015 E 2016 APENAS COM DESPESAS FINANCEIRAS – JUROS, TARIFAS BANCÁRIAS E DEPRECIAÇÃO

Mas ainda há espaço para melhorias, defende Claudia Araujo. “Os desperdícios na saúde são enormes, principalmente por falta de comunicação entre as várias etapas do processo”, explica. “Há muito retrabalho e desconfiança entre os diversos elos da cadeia, o que cria muita duplicidade de exames. É uma boa oportunidade para reduzir desperdícios e revisar a cadeia.”

Apesar das análises econômicas mais favoráveis para 2017 e

os próximos anos, a especialista da UFRJ não está otimista, e acha que os desafios continuarão. Ao menos, diz ela, a gestão dos hospitais está mais preparada para enfrentá-los.

“Não estou otimista não, mas este movimento está empurrando não só os hospitais privados, mas também o setor todo, rumo à inovação, seja na gestão ou na relação com os outros players do setor”, diz Claudia.





Eduardo e Ary no lançamento do Observatório Anahp 2017



## LANÇAMENTO DO 9º OBSERVATÓRIO

Costumeiro ponto de encontro durante a Feira e Fórum Hospitalar, a edição de 2017 do Observatório foi lançada no estande da Anahp. A publicação, estabelecida como o mais aguardado anuário setorial da saúde brasileira, foi novamente um dos pontos altos da feira e fórum.

O coquetel de lançamento ocorreu durante o primeiro dia do evento, 16 de maio, e reuniu algumas das principais lideranças do setor. “É motivo de muita alegria lançar o Observatório, publicação aguardada por todo setor. Há grande interesse pela credibilidade das informações”, ponderou Eduardo Amaro, vice-presidente

do Conselho de Administração da Anahp, durante a solenidade de lançamento. “Tivemos 63 hospitais informantes, uma amostra muito boa. Os indicadores estruturais poderão ser muito bem aproveitados.”

A publicação anual compila e analisa os principais dados do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares da Anahp (SINHA), que incluem melhores práticas assistenciais, econômico-financeiros, operacionais, de gestão de pessoas e de qualidade dos hospitais associados. O objetivo é principalmente dar ao mercado informações úteis sobre o momento atual do setor hospitalar brasileiro, além do mercado de saúde como um todo.

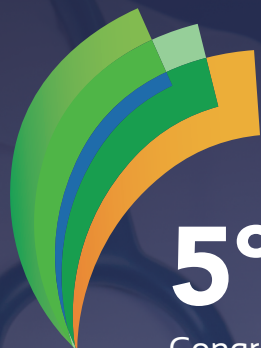
“Nosso caminho de melhoria

contínua vem sendo atestado pelos indicadores coletados no SINHA”, disse Ary Ribeiro, editor da edição deste ano. “O Observatório é uma peça de transparência. Espero que seja usado não de forma eventual, mas permanente.”

Ary destacou ainda que, entre todos os hospitais acreditados no Brasil, 26% são associados da Anahp. E se tratando de creditações internacionais, a porcentagem sobe para 40%. “É uma amostra muito representativa, além de um trabalho de muitos anos. É uma estrada construída por muitas pessoas.”

A versão impressa do 9º Observatório Anahp foi distribuída durante a Hospitalar, e está disponível para download no site da Anahp. Acesse [anahp.com.br](http://anahp.com.br).

Venha discutir os **desafios e as tendências** do setor hospitalar



# 5° CONAHP

Congresso Nacional de Hospitais Privados

## O HOSPITAL DO FUTURO: O FUTURO DOS HOSPITAIS

22, 23 e 24 de Novembro de 2017  
**Sheraton - WTC | São Paulo**

**Faça já sua inscrição!**  
[www.anahp.com.br](http://www.anahp.com.br)

Organização e realização:



## KEYNOTE SPEAKERS CONFIRMADOS



**Eric de Roodenbeke**

International Hospital  
Federation



**Fábio Gandour**

IBM Brasil



**João Dória**

Prefeitura  
de São Paulo



**Mark Britnell**

KPMG

### SAIBA MAIS SOBRE A PROGRAMAÇÃO:

- EXECUTIVO DE SAÚDE DO FUTURO: O FUTURO DO EXECUTIVO DE SAÚDE
- O MÉDICO EXECUTIVO DE SAÚDE DO FUTURO: O FUTURO DO MÉDICO EXECUTIVO DE SAÚDE
- O HOSPITAL DO FUTURO: O FUTURO DOS HOSPITAIS
- SE O CLIENTE É O PACIENTE, QUAL O PAPEL DO MÉDICO E DO TIME ASSISTENCIAL?
- MODELOS INTERNACIONAIS: LIÇÕES APRENDIDAS E OS ERROS QUE NÃO DEVEMOS COMETER
- INOVAÇÃO E FUTURISMO: A TECNOLOGIA A NOSSO FAVOR
- A TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO AMBIENTE HOSPITALAR
- DO PACIENTE AO INDIVÍDUO: A REDEFINIÇÃO DE ENTREGA DE VALOR
- NOVOS MODELOS DE NEGÓCIOS: INTEGRAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO E OS ELLOS DA CADEIA
- A MENSURAÇÃO DA ENTREGA DE VALOR: O QUE É IMPORTANTE PARA O PACIENTE?
- SISTEMA DO FUTURO: O HOSPITAL COMO PROTAGONISTA NA CONSTRUÇÃO DE REDES INTEGRADAS
- NOVAS FUNCIONALIDADES E APLICAÇÕES DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO PARA O CUIDADO DO PACIENTE
- SISTEMA DE SAÚDE: AS RUPTURAS EMERGENTES E O PAPEL DOS HOSPITAIS
- LIDERANÇA: ENCANTANDO O PACIENTE POR MEIO DO COLABORADOR
- REMUNERAÇÃO SUSTENTÁVEL: O FUTURO DAS RELAÇÕES ENTRE PRESTADORES E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
- A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA MUDANÇA DO CONCEITO DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE
- SAÚDE E BEM-ESTAR POPULACIONAL: DE QUEM É A RESPONSABILIDADE?
- NOVOS MODELOS DE NEGÓCIOS: INTEGRAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO E OS ELLOS DA CADEIA
- OS DILEMAS ÉTICOS E LEGAIS DA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO SETOR DE SAÚDE

# CADA VEZ MAIS HI-TECH

Jornada para o Hospital do Futuro passa pela adoção massiva de tecnologias digitais incluindo Inteligência Artificial, Internet das Coisas e mobilidade, entre muitas outras. Hospitais brasileiros já fazem bons usos.

Muito mais tecnológico, colaborativo e, principalmente, centrado no paciente: este é o Hospital do Futuro. Quando se fala de tecnologia, estes preceitos se tornam ainda mais relevantes, uma vez que a digitalização impulsiona não só novas formas de fazer gestão, mas também de prestar assistência para um consumidor cada vez mais exigente.

Imagine, por exemplo, um sistema de inteligência artificial capaz de analisar dados clínicos do paciente e gerar alertas de riscos em tempo real. Ou sugerir tratamentos alternativos de câncer para pacientes que não reajam às abordagens tradicionais. Pense agora em roupas e sensores capazes de transmitir informações constantes sobre a saúde do paciente, com atendimento médico por videoconferência conforme a necessidade e dispensando idas e vindas onerosas até o consultório.

Pois saiba que todos esses exemplos já são possíveis graças

a um conjunto de recursos tecnológicos digitais, que o Gartner - consultoria americana especializada em estudos sobre o uso e aplicação de tecnologias da informação (TI) e telecomunicações em várias indústrias globais - chama de Sistemas de Saúde em Tempo Real (ou RTHS, Real-Time Health System, na sigla em inglês). Nele se incluem tecnologias e recursos tecnológicos como Inteligência Artificial (ou Cognitiva), Analytics, Mobilidade, Internet das Coisas (IoT), Prontuário Eletrônico (PEP), entre outras.

“Os RTHS representam o futuro das organizações de saúde”, explica Barry Runyon, Vice-Presidente de pesquisas do Gartner, em entrevista à Panorama. “Esta capacidade de gestão em tempo real vai ajudar a reduzir custos, aprimorar a qualidade do cuidado e a experiência do paciente.”

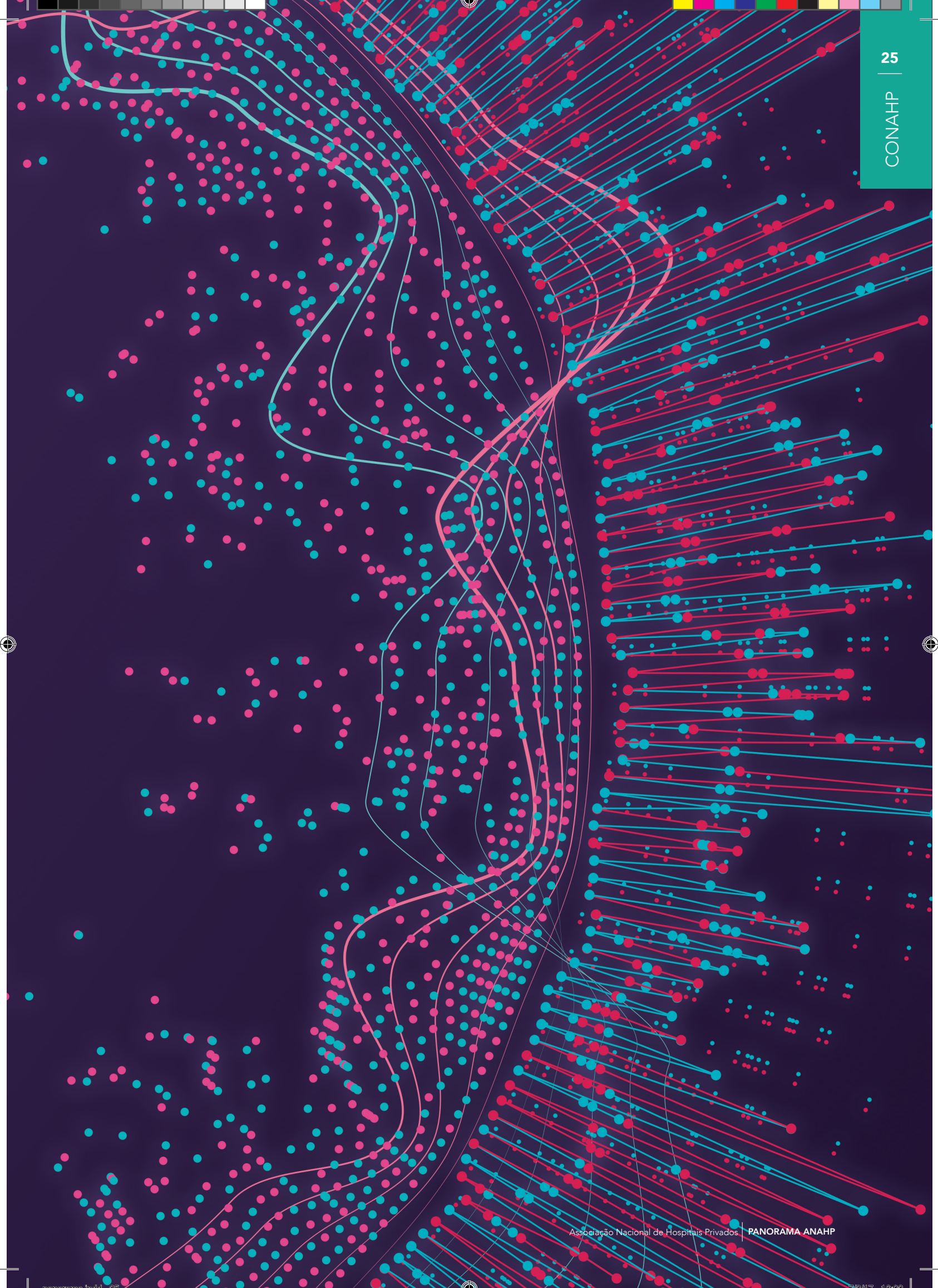
Para o especialista, os pacientes se beneficiarão de portais,

aplicativos, quiosques de autoatendimento e sistemas interativos. A própria estrutura física do hospital utilizará sinalização digital e biometria avançada para melhorar o fluxo e o processo de registro dos usuários, evitando erros.

Claro que, para tudo isso, não faltam desafios, entre eles custos, complexidade e cultura. Para tanto os hospitais estão aumentando significativamente os orçamentos de TI para automatizar e suportar fluxos de trabalho e processos clínicos. “Isto requer um ambiente operacional mais sofisticado. É complexo, requer treinamento e muitas vezes cria choque cultural”, explica Barry.

Hospitais de países como EUA, Reino Unido, Austrália, Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia, entre outros países desenvolvidos, já trilham este caminho há algum tempo, enquanto o Brasil ainda há espaço a percorrer. No entanto, algumas iniciativas já são observáveis.





## COMBATE A SEPSE

Um exemplo positivo de transformação digital hospitalar com uso de inteligência artificial é o Laura, oficialmente chamado de "robô cognitivo gerenciador de risco" pelos desenvolvedores. Trata-se de um software que lê dados clínicos para "aprender" e alertar enfermeiros e médicos quando o paciente estiver sob risco de desenvolver sepse - complicação potencialmente fatal de uma infecção.

"No Brasil 250 mil pessoas por ano são afetadas pela sepse. No mundo 30 milhões morrem", enumera Marcelino Costa, Sócio Fundador da Laura Networks, startup que desenvolveu o software. "São vários os riscos em um hospital, e nós escolhemos a sepse para o Laura aprender a construir preditores [conjunto de dados que pode indicar um diagnóstico] e reconhecer a sepse o mais precocemente possível."

Assim que o paciente é internado, o robô recolhe dados de três sistemas vitais: o prontuário eletrônico (PEP), o sistema de dispensa de medicamentos da farmácia e o sistema laboratorial com resultado de exames. Baseado no perfil do paciente, o Laura calcula o grau

de risco de desenvolver a sepse. Ele repete a visita aos bancos de dados a cada 3,8 segundo procurando informações sobre cada paciente e analisando o comportamento de dados vitais, medicação e exames, para obter um status da deterioração clínica e recalculando o grau do risco.

Quando o valor é considerado alto demais o robô se manifesta por meio do Ansiedade de Laura, painel instalado em cada posto de enfermaria ou UTI do hospital que avisa o time assistencial quando há riscos elevados. O Laura simula um índice de ansiedade mais alto "tremendo", enquanto utiliza cores do protocolo de Manchester para mostrar o grau de urgência, que vai do verde ao vermelho intenso.

Quando a suspeita é confirmada pela leitura dos dados pelo enfermeiro, ou se o tempo de atendimento for maior que o estabelecido, SMS ou e-mails são disparados por grau e tempo de resposta de cada time, que incluem um link para um relatório sobre o paciente. "Com isso a equipe médica assistencial vai ter informação muito mais precisa em um único ambiente, o que lhes dá capaci-

**"A QUANTIDADE DE DADOS ESTÁ AUMENTANDO MUITO RÁPIDO. UMA PESSOA É CAPAZ DE GERAR DADOS DE SAÚDE EQUIVALENTES A 300 MILHÕES DE LIVROS AO LONGO DA VIDA. E ISSO DOBRA A CADA TRÊS ANOS. COMO VAMOS LIDAR COM ESSES DADOS TODOS?"**

Mariana, da IBM

# TEV

SABR.ENC.16.03.0327

**O PACIENTE PODE ESTAR IMOBILIZADO.  
NÓS NÃO PODEMOS.**

**SAFETY  
ZONE**



- ▶ PROJETO ASSISTENCIAL FOCADO NA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO.
- ▶ ALINHADO COM AS METODOLOGIAS DAS AGÊNCIAS ACREDITADORAS.
- ▶ GERENCIAMENTO E REDUÇÃO DO RISCO DE TEV NO AMBIENTE HOSPITALAR.
- ▶ ENTRE EM CONTATO E SAIBA MAIS SOBRE O PROJETO: [SAFETYZONE@SANOFI.COM](mailto:SAFETYZONE@SANOFI.COM)



# SODEXO, ESPECIALISTA EM SERVIÇOS DE FACILITIES PARA HOSPITAIS.

Com atuação em 80 países e mais de 50 anos de experiência, a Sodexo Serviços é a parceira ideal para a sua instituição. Temos um portfólio completo de soluções para garantir o completo funcionamento da sua estrutura e oferecer mais comodidade a pacientes, visitantes e colaboradores.

## CONHEÇA ALGUNS DE NOSSOS SERVIÇOS:

- HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR
- MANUTENÇÃO PREDIAL
- TRASLADO DE PACIENTES
- GESTÃO DE ALTAS

Para saber mais acesse  
[www.sodexoservicos.com.br](http://www.sodexoservicos.com.br) ou envie e-mail  
para [sejacliente@sodexo.com](mailto:sejacliente@sodexo.com)

  
SERVIÇOS DE QUALIDADE DE VIDA

dade de tomar decisões mais assertivas”, explica Marcelino. “Com isso você acelera o diagnóstico e reduz a possibilidade de choque séptico e morte.”

O primeiro hospital a receber o robô foi o Nossa Senhora das Graças, em Curitiba (PR). Com o piloto, realizado no segundo semestre de 2016, foi possível reduzir o tempo de ação médica para diagnóstico de sepse de nove para quatro horas, e a própria percepção geral da sepse em 17% - apesar de o software estar em apenas duas enfermarias - e o índice de mortes em 7%. Homologado pelo hospital, o Laura será implantado em todos os postos do hospital, após treinamento das equipes e mudança de alguns processos internos

O Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga (MG), também está processo de implantação do Laura. Os dois hospitais filantrópicos estão recebendo a solução gratuitamente.

“Ainda não vendemos uma única cópia do robô”, conta Marcelino, explicando que a distribuição gratuita faz parte do Sonho de

Laura, meta da companhia de reduzir o índice de morte por sepse no Brasil em 5% até 2020. Por isso, instituições filantrópicas recebem a solução por meio de doações.

O Sonho de Laura surgiu após a história pessoal de um dos fundadores da companhia, Jacson Fressatto, atualmente diretor de produção da Laura Networks. “Essa causa teve origem na criança que deu o nome para o robô e a empresa, a Laura Fressato, que morreu em 2010 após 18 dias na UTI neonatal e morreu vítima de sepse”, explica o executivo. “É uma síndrome muito difícil de ser percebida, e a equipe que cuidou a Laurinha não tinha ferramentas que pudessem mostrar que ela estava piorando.”

Isso significa, reitera o executivo, que o Laura não seja vendido. Há inclusive negociações com outros hospitais. Afinal, o potencial do uso de inteligência artificial para gerenciamento de riscos em saúde pode trazer ganhos de produtividade, segundo estudos enumerados pelo executivo, na casa de 40%.

“A Inteligência Artificial é o motor de propulsão do hospital do futuro. Os algoritmos vão ajudar médicos e enfermeiros a mudarem de patamar”, finaliza Marcelino.

## CONTRA O CÂNCER

É possível observar outro uso potencialmente inovador da inteligência cognitiva no Hospital do Câncer Mãe de Deus, de Porto Alegre (RS). A instituição anunciou recentemente a adoção do Watson for Oncology, da IBM, que cruza dados dos pacientes e da literatura médica para sugerir opções terapêuticas individualizadas aos profissionais, de acordo com o perfil de cada paciente diagnosticado.

Para isso, são consideradas clínicas, histórico e resultados de exames, fornecidos pelo médico, e ranqueados os tratamentos, incluindo medicamentos e efeitos colaterais. São sete tipos de câncer na base de dados: colo do útero, pulmão, mama, intestino, reto, estômago e ovário. O objetivo é acelerar o processo de diagnóstico e dar ao profissional mais tempo para interagir e discutir o tratamento com o paciente.

O sistema utiliza como base evidências científicas atualizadas periodicamente e classificadas por ordem de relevância pelos próprios profissionais. Atualmente são 15 milhões de conteúdos científicos, incluindo cerca de 200 textos médicos e 300 artigos.

"Vivemos um momento muito peculiar na saúde", explica Mariana Perroni, médica intensivista e coordenadora médica da área de Healthcare Transformation na IBM Brasil, fabricante do Watson. "A quantidade de dados está aumentando muito rápido. Uma pessoa é capaz de gerar dados de saúde equivalentes a 300 milhões de livros ao longo da vida. E isso dobra a cada três anos. Como vamos lidar com esses dados todos?"

Sistemas de inteligência cognitiva, com capacidade de analisar quantidades imensas de dados e aprender com eles muito mais rapidamente que qualquer ser humano, podem ser uma resposta para a pergunta. Muito embora os equipamentos médicos sejam

capazes de gerar exames em um nível de detalhamento nunca antes visto, faltam recursos humanos e mesmo capacidade para cruzar tantas informações e chegar a um diagnóstico mais preciso. Esse é o pulo do gato das inteligências artificiais.

Na oncologia, por exemplo, há um problema grande à vista. Os casos de câncer devem duplicar nas próximas duas décadas, segundo a OMS, mas o número de especialistas não deve crescer na mesma medida, ou seja, vai haver um déficit de profissionais.

Outra área crítica, porém fundamental para o avanço de uma medicina mais personalizada, é a genética. O Watson For Genomics é capaz de ler o sequenciamento do paciente, ranquear partes mais relevantes e identificar o tratamento adequado. No Brasil, a rede de medicina diagnóstica Fleury está homologando a solução como forma de impulsionar o desenvolvimento da medicina personalizada e de precisão no Brasil.

"Um dos casos mais emblemáticos vem do Japão. Um paciente com leucemia já tinha passado por três tratamentos e estava descredenciado. O Watson sugeriu uma quarta terapêutica, a partir da análise de dados, e hoje ele está curado", conta Mariana.

Outra solução, desenvolvida em parceria com a Medtronic, analisou dados de pacientes diabéticos, incluindo amostras das curvas dos monitores de insulina. Daí surgiu um algoritmo que prevê picos glicêmicos com duas horas de antecedência. A própria bomba avisa o paciente sobre o que fazer para evitar problemas.

Na radiologia, outra aplicação: o Watson está aprendendo a "ler" exames que não apresentem problemas. Segundo a IBM, o radiologista passa 80% do tempo expedindo laudos de exames normais. Com o uso do Watson, no entanto, este profissional - extremamente capacitado e raro - pode se concentrar em pacientes com diagnósticos positivos para

câncer.

"Antes os hospitais se diferenciavam pelo melhor tomógrafo. Agora o diferencial vai ser de quem lida melhor com grandes volumes de dados", sentencia a médica.

ANTES UM  
TRABALHO MANUAL,

90%

DOS EXAMES  
DIAGNÓSTICOS  
SÃO HOJE FEITOS  
POR ROBÔS

## INOVAÇÃO E FUTURO

“Logicamente o hospital não vai deixar de existir, mas o cuidado do paciente vai ser muito mais integrado do que hoje”, pondera José Claudio Terra, Diretor de Inovação do Hospital Israelita Albert Einstein, quando perguntado a respeito do hospital do futuro. “Estamos falando de coisas que vão acontecer em breve, com a digitalização, a miniaturização, a internet das coisas etc.”

Para ele, com a tecnologia cada vez mais barata, tecnologias de monitoramento estão se tornando comuns a ponto de reduzir a necessidade de o paciente ir ao hospital. Em breve, acredita, será possível fazer em casa uma série de exames hoje só possíveis em instituições hospitalares, graças a dispositivos miniaturizados e vestíveis, os wearables.

“Provavelmente o paciente só vai estar no hospital para uma intervenção muito drástica ou caso precise de equipamentos mais sofisticados, quando realmente precisar de profissionais do lado”, diz. “As pessoas não querem estar no hospital, querem estar próximas dos familiares.”

No futuro, o hospital também será capaz de identificar pacientes com impressão biométrica (retina, digitais etc) para, logo em seguida, disparar um fluxo mais automatizado de atendimento de acordo com as informações do prontuário eletrônico e o his-

tórico do paciente. Ao invés de uma entrada comum para todos – que depende muito de análises básicas como medir a pressão, questionário etc –, ele será encaminhado diretamente para a estrutura mais adequada, agilizando o atendimento.

Embora outros setores da economia costumem ser mais acelerados na adoção de tecnologias, a saúde, acredita José Claudio, tende a ser mais conservadora devido aos riscos. Mas os avanços “vão ocorrer, não tenho dúvida nenhuma. O que puder ser digitalizado será.”

Laboratórios de medicina diagnóstica são um caso de sucesso da tendência. Antes um trabalho manual, hoje 90% dos exames são feitos por robôs. O uso destas máquinas em cirurgias já é realidade, mas em 20 anos deve estar disseminado.

O Einstein, que investe em inovação, tem apostado em tecnologias digitais, mas este não é o grande diferencial. Para José Claudio, a grande diferença para uma instituição que queira se preparar para o futuro é a execução. “O grau de inovação vai ser definido pelo quanto ela está disposta a investir nas fases iniciais de uma tecnologia. Nós tomamos isso como premissa, não esperamos uma tecnologia para depois correr atrás. O que estamos fazendo diferente é investir a longo prazo”, conta o executivo.

UMA PESSOA GERA  
O EQUIVALENTE A

# 300 MILHÕES

DE LIVROS DE DADOS  
MÉDICOS AO LONGO  
DA VIDA

**“ESTAMOS FALANDO DE COISAS QUE VÃO ACONTECER EM BREVE, COM A DIGITALIZAÇÃO, A MINIATURIZAÇÃO, A INTERNET DAS COISAS ETC.”**

**José Claudio, Hospital Israelita Albert Einstein**

# CONSTRUIR O NOVO

**Seminário Anahp no Rio de Janeiro reúne especialistas para debater futuro dos hospitais e dos sistemas de saúde; o papel e o perfil dos novos pacientes e como os líderes devem se preparar para os desafios do presente**

Um organismo em constante transformação regido pelo princípio do cuidado. Essa foi uma das propostas dos primeiros hospitais há mais 2.500 anos e, provavelmente, continuará a ser pelos próximos 2.500, ainda que não se saiba como será e se chamará esse espaço no futuro. Será que ele ainda existirá como o conhecemos hoje?

Para responder a esta complexa e incerta questão, Evandro Tinoco, Diretor Clínico do Hospital Pró-Cardíaco, aconselha prestar atenção naqueles que estudam o assunto de forma séria; observar riscos e oportunidades de olhar para o passado para tentar “prever” o futuro; se aprofundar em estudos de caso sobre o futuro dos hospitais e refletir sobre como melhor construir este amanhã.

“Minha geração, formada no século passado, aprendeu que o modelo hospitalocêntrico era a causa de todos os males da saúde”, afirmou Evandro, durante a abertura do Seminário Anahp. “Mas tive a honra de aprender com um especialista em sistema de saúde que os hospitais têm um papel muito importante como um hub de conhecimento e devem ser, no século XXI, um gera-

dor de conhecimento, processos, tecnologia e saberes para mudar a forma de cuidar das pessoas”, compartilhou.

Para trilhar este caminho, alguns conceitos são acompanhados com atenção por Evandro. Um exemplo é o Triple Aim, que propõe olhar sobre para a saúde populacional, para o cuidado e para a segurança do paciente, além dos custos. Há também o *hospitalomics* – teoria criada Universidade de Yale, nos Estados Unidos -, que visa entender o que ocorre nos hospitais por meio do entendimento de sistemas de saúde, sistema de informação e o desfecho clínico. Para isso, sai a figura onipotente do médico e entra um time multiprofissional com engenheiros, antropólogos, jornalistas e outros profissionais.

“Se no passado o médico foi a grande estrela dos hospitais como Avicena [filósofo que se dedicou à medicina] ou como aquele conjunto de líderes que formaram escolas médicas e de saúde no Brasil, hoje o hospital precisa de design thinking, de psicologia cognitiva, engenheiros e, obviamente, do cidadão mudando a visão de como gerar um cuidado excepcional para melhorar a saúde”, analisou Evandro.



Evandro, do Pró-Cardíaco, na abertura do evento





Marcelo, do Sírio-Libanês; Cláudia, do Albert Einstein; Denise, do Mãe de Deus; Cristiane, da BP; e Josier, do Centro Berkeley

## NOVOS COMANDANTES

O cidadão, aliás, tem participado muito mais dos processos do hospital do que antigamente. Hoje, aquilo que é feito "para" o paciente também virou "com" o paciente, pois algumas entidades têm se dedicado a entender a experiência do usuário dentro da jornada hospitalar de forma mais colaborativa - inclusive com a participação do próprio paciente em conselhos e departamentos da instituição.

Esse é o caso de Denise Rospa Neves que participa de reuniões do conselho de pacientes do Hospital Mãe de Deus (RS) com o intuito de contribuir para melhoria de processos. "Nós debatemos problemas que aconteceram e damos sugestões de coisas que podem melhorar", afirmou a representante.

Em outro exemplo, a BP - A Beneficência de São Paulo percebeu que o longo período que os familiares de crianças com cardiopatia passavam nos corredores da UTI do hospital poderia gerar ricas informações sobre o atendimento prestado. Cristiane dos Santos Manoel Resende da Silva, Gerente de Enfermagem das UTIs da BP, com-

para a relação a um casamento: se no começo as qualidades eram destacadas, passado certo tempo emergiam os defeitos. Assim, a BP resolveu ouvir os pacientes para convencê-los de que "as qualidades são maiores que os defeitos".

"Resolvemos que íamos nos reunir a cada 15 dias com os familiares e que teríamos que entregar pelo menos 10% do que eles pediam [a cada reunião]", explicou a Gerente. As queixas, segundo ela, estavam muito mais relacionadas ao comportamento dos colaboradores do que a necessidade de tecnologia, por exemplo. Hoje, o grupo está em processo de expansão no hospital.

Fazer com que a experiência do indivíduo seja positiva está além das competências técnicas dos profissionais. A tarefa é árdua, pois com o tempo é natural que as atividades continuem sendo executadas de forma competente, mas que caíam na armadilha do "modo automático", deixando o acolhimento e a preocupação com o bem-estar do paciente aquém do esperado. Assim, é preciso constante trabalho para convencer todos os colaboradores so-

**HOJE O HOSPITAL  
PRECISA DE  
DESIGN THINKING,  
DE PSICOLOGIA  
COGNITIVA, DE  
ENGENHEIROS E,  
OBVIAMENTE,  
PRECISA DO  
CIDADÃO MUDANDO  
A VISÃO DE COMO  
GERAR UM CUIDADO  
EXCEPCIONAL E  
MELHORAR A  
SAÚDE",**

Evandro, do Hospital  
Pró-Cardíaco



bre a importância de cada um na experiência do paciente durante a jornada, conforme conta Marcelo Alvarenga, Chief Experience Officer do Hospital Sírio-Libanês (SP).

“Temos um programa estruturado que traz as demandas e expectativas do paciente para entendê-las durante a sua jornada. Temos um papel muito forte de alinhamento institucional para entender as mensagens desde o momento que ele entra na instituição”, compartilhou.

Claudia Laselva, Diretora Unidade Hospitalar Morumbi do Hospital Israelita Albert Einstein, concorda com Marcelo sobre a necessidade de treinamento e enfatiza que existem ferramentas e metodologias que podem ser usadas com os colaboradores visando a melhoria da experiência do indivíduo. Outro ponto destacado por ela é a importância das ações serem desenvolvidas dentro da estratégia do hospital e com a participação ativa da liderança.

“Entendemos que para a estratégia chegar na ponta existe o papel fundamental das lideranças”, afirma Claudia. “Os líderes têm sido preparados para uma comunicação mais clara e aberta com os colaboradores, incluindo nas decisões. O papel da liderança é remover barreiras para que a assistência aconteça da melhor maneira possível e isso significa simplificar processos e as ações do colaborador e entender o impacto. Para isso é preciso proximidade”, analisa.

O Seminário Anahp ocorreu no dia 27 de abril, no Rio de Janeiro (RJ). Ainda participaram do evento Josier Villar, do Centro Berkeley de Simulação Robótica em Saúde; Márcio Neves, do Hospital São Vicente de Paulo; José Claudio Terra, do Hospital Israelita Albert Einstein; Giovani Fiorentino, da Bain Company e Gustavo de Jesus, da DXC Analytics. A próxima edição acontecerá em Aracaju (SE) no dia 17 de agosto.

### POR UM NOVO SISTEMA

E se o hospital também começasse a gerenciar sua carteira? Essa foi uma das estratégias da Rede Mater Dei Saúde (MG). Ao analisar o grande número de pacientes atendidos no hospital devido a complicações, muitas vezes, oriundas de doenças crônicas que não são acompanhadas e tratadas adequadamente, a Rede criou o Mais Saúde.

“Aquele paciente que nos procura com caso agudo de sua doença é apenas a ponta do iceberg, principalmente se ele tem várias comorbidades”, analisou Marcia Salvador Geo, Vice-Presidente Assistencial e Diretora Clínica da Rede Mater Dei.

O programa, comum em operações verticalizadas, é dedicado à gestão do cuidado e acompanhamento dos pacientes diabéticos, indivíduos com insuficiência cardíaca e, mais recentemente, aos

idosos. A proposta é o cuidado integrado em sistema, evitando que esse paciente tenha o agravamento do quadro e, caso ocorra a internação, ele seja também acompanhado na pós-alta, evitando que fique “solto” no sistema.

O programa é composto por equipe multidisciplinar – envolvendo médicos e outros profissionais da saúde como nutricionistas e enfermeiras. Criado em 2015, hoje a Rede já afere resultados como redução de internações e de atendimentos de pronto-socorro no hospital daqueles pacientes que aderiram ao programa.

A mudança realizada pelo Mater Dei representa justamente a necessidade de transformação do sistema de saúde, que precisa se adaptar ao aumento da expectativa de vida e ao contingente cada vez maior de doentes crônicos.

“Hoje 80% da carga de doenças do Brasil é crônica. Essa é a epidemia que não enxergamos.

### “O MODELO DE REMUNERAÇÃO REFORÇA O MODELO ASSISTENCIAL. POR ISSO, QUE OS DOIS TÊM QUE MUDAR JUNTOS”,

Martha, da ANS



É a epidemia real. Os sistemas de saúde do mundo todo fracassam redondamente no tratamento de doenças crônicas”, afirmou Eugênio Vilaça, Consultor em Saúde Pública, acrescentando que o modelo do agudo aplicado ao crônico é um “fracasso anunciado”.

Em consonância com as mudanças de sistema necessárias para atender o novo perfil de paciente cabe ainda a discussão so-

bre o modelo de remuneração e a forma que a assistência é ofertada. “O modelo de remuneração reforça o modelo assistencial. Por isso, os dois têm que mudar juntos”, afirmou Martha Oliveira, Diretora de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para ela, o modelo de remuneração praticado hoje reflete na assistência sob vários aspectos. Ele

está presente desde da relação da quantidade de leitos versus leitos de UTI na saúde suplementar; no número de leitos de UTI de um lado enquanto faltam cuidados paliativos de outro; e até na especialização do próprio médico, em que se privilegia muito mais a formação de anestesistas, dermatologistas e neurocirurgiões do que pediatrias, ginecologistas e clínicos.

## “HOJE 80% DA CARGA DE DOENÇAS NO BRASIL É CRÔNICA. ESSA É A EPIDEMIA QUE NÃO ENXERGAMOS”

Eugênio, Consultor de Saúde Pública



Márcia, do Mater Dei; Eugênio, consultor; Martha, da ANS; e Márcio, do São Vicente de Paulo debatem os sistemas de saúde



# Notas

# MEMBROS



## Novos integrantes

A Anahp recebeu, entre abril e maio deste ano, a adesão de mais cinco associados, alcançando a marca de 90 membros. Os novos hospitais associados são: Hospital Santa Cruz (São Paulo, capital); o Hospital da Bahia (Salvador, BA); Hospital Memorial São Francisco (João Pessoa, PB); Hospital Santa Virginia (São Paulo; SP); e o Hospital Ministro Costa Cavalcante (Foz do Iguaçu, PR), sendo este último um associado titular.

## Hospital Anchieta inaugura UTI Coronariana

Dez leitos para pacientes cardiopulmonares pós e pré cirúrgicos e infartos, entre outros problemas - esta é a estrutura da UTI Coronariana inaugurada pelo Hospital Anchieta (DF). A equipe será formada por intensivistas com especialização em cardiologia e por toda a equipe multidisciplinar, incluindo fisioterapia,

enfermagem, nutrição, nutrologia, psicologia e farmácia clínica.

O objetivo é melhorar o atendimento aos pacientes, especializando o atendimento na área cardiológica e priorizando qualidade e humanização. A instituição conta com especialista cardíaco de urgência e emergência 24 horas no PS.



## Hospital 9 de Julho inaugura ala de onco-hematologia infantil



Mais um passo no tratamento de câncer infantil, o Hospital 9 de Julho (SP) inaugurou a Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica. Com investimentos de R\$ 6 milhões, a nova ala tem 900 m<sup>2</sup> e 16 leitos para o tratamento de linfoma, leucemia mieloide aguda, leucemia linfocítica aguda, entre outras.

A inauguração faz parte do projeto de ampliação do atendimento em oncologia do hospital, focado em alta complexidade e procedimentos minimamente invasivos. Em 2016 foram inauguradas ainda uma ala com 15 leitos para tratamento de doenças onco-hematológicas e transplante de medula óssea (TMO) e uma UTI oncológica, ambas para adultos.



## Bandeirantes e Leforte unificam marcas

Os hospitais Bandeirantes e Leforte (SP), que pertencem ao mesmo controlador, anunciaram a unificação da marca das instituições. Os hospitais agora se chamam Leforte Morumbi e Leforte Liberdade. Toda a estrutura operacional, que inclui ainda consultórios de especialidades, serviços de diagnóstico e um núcleo de ensino e cultura ficarão sob a

marca Leforte Corporate.

A unificação busca aprimorar o relacionamento com pacientes e parceiros, e inclui, em 2017, a construção de um novo prédio para consultórios, leitos e medicina diagnóstica. O processo gradual deve levar cerca de dez meses.

Juntas, as unidades irão somar 400 leitos para internação, UTI para

adultos e crianças, além de pronto socorro adulto e infantil. Atualmente, realizam juntas mais de 235 mil atendimentos de urgência e emergência, além de 17 mil cirurgias por ano.

## Hospital Márcio Cunha abre unidade de oncologia pediátrica



A Fundação São Francisco Xavier (FSFX) e a Usiminas inauguram novas instalações do Hospital Márcio Cunha (MG). Foram investidos R\$ 25 milhões na estruturação da Unidade de Oncologia Pediátrica, na ampliação e modernização da Unidade de Oncologia e do Centro de Terapia Renal Substitutiva, e

na criação do Centro de Reabilitação e da Casa das Mães.

As mudanças devem aumentar a oferta de tratamentos e aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada. Os novos setores foram viabilizados com recursos próprios, do governo federal e estadual e de 23 empresas parceiras.

## Mãe de Deus recebe certificação internacional de humanização

O Hospital Mãe de Deus (RS) recebeu a certificação Planetree, metodologia norte-americana de humanização do atendimento que implementa ações de cuidado centrado na pessoa em todos os níveis: físico, mental, emocional, social e espiritual. A instituição é a segunda da América Latina e primeira da Região Sul a obter o título.

Desde o início do processo foram realizadas cerca de 1.800 iniciativas de acordo com os preceitos Planetree. Flexibilização do horário de visitas, escolha do cardápio de refeições e incentivo de acesso ao prontuário estão entre elas.

O resultado foi celebrado pelo hospital durante a Hospitalar 2017, no estande da Anahp.



## Santa Catarina de Blumenau inaugura centro de oncologia



O Centro de Oncologia do Hospital Santa Catarina de Blumenau (SC) foi inaugurado com 12 salas de atendimento individual, 4 consultórios integrados para atendimento, uma sala de emergência. Possui também sala para atendimento pediátrico e uma es-

trutura especializada para terapia assistida (Centro de Infusões).

Foram investidos na estrutura mais de R\$ 5 milhões, com capacidade para atendimento de 500 pacientes por mês – o dobro da capacidade atual.



# LU\$A

## Lucro Potencial Ampliado

O programa especialmente criado para ampliar os lucros do seu hospital.

A White Martins apresenta a solução para aumentar a produtividade do seu hospital em três passos:

### POTENCIALIZAR LUCROS

Ao capacitar seus profissionais conseguimos reduzir desperdícios e ampliar sua produtividade, sem alterar sua estrutura ou seus ativos;

### MELHORAR PROCESSOS

Com a implementação da metodologia *Lean Six Sigma* geramos resultados concretos e imediatos;

### CRIAR UMA NOVA CULTURA

Deixamos seu hospital operando de forma otimizada com funcionários habilitados no método *"learn by doing"*.

Faça contato e veja como isso é possível!

☎ 0800 709 9000

✉ atendimento@sac.whitemartins.com.br

Construindo um planeta mais sustentável

**WHITE MARTINS**  
PRAXAIR INC

# SESSÃO PÔSTER

INSCRIÇÕES ABERTAS



**5° CONAHP**

Congresso Nacional de Hospitais Privados

ESTE ANO SERÃO ACEITOS TRABALHOS NOS SEGUINTES TEMAS:



## DO PACIENTE AO INDIVÍDUO

A redefinição de  
entrega de valor



## SISTEMA DE SAÚDE

As rupturas emergentes  
e o papel dos hospitais



## INOVAÇÃO E FUTURISMO

A tecnologia  
a nosso favor

**INSCRIÇÕES ATÉ 31/07/2017**

Acesse o site e saiba mais  
[www.conahp.com.br](http://www.conahp.com.br)





Excelência por princípio!

## Instituições Membros

### Associados Titulares

A.C. Camargo Cancer Center	Hospital Nossa Senhora das Graças
BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo	Hospital Pilar
BP Mirante	Hospital Porto Dias
Casa de Saúde São José	Hospital Português
Complexo Hospitalar de Niterói	Hospital Pró-Cardíaco
Complexo Hospitalar Edmundo Vansconcelos	Hospital Quinta D'Or
Hospital 9 de Julho	Hospital Rios D'Or
Hospital Adventista de Manaus	Hospital Samaritano
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Hospital Santa Catarina
Hospital Anchieta	Hospital Santa Catarina Blumenau
Hospital Barra D'Or	Hospital Santa Cruz (PR)
Hospital Brasília	Hospital Santa Izabel
Hospital Cardiológico Costantini	Hospital Santa Joana
Hospital Copa D'Or	Hospital Santa Joana Recife
Hospital do Coração - HCor	Hospital Santa Marta
Hospital Dona Helena	Hospital Santa Paula
Hospital e Maternidade Brasil	Hospital Santa Rosa
Hospital Esperança	Hospital São Camillo Pompeia
Hospital Infantil Sabará	Hospital São Lucas
Hospital Israelita Albert Einstein	Hospital São Lucas (SE)
Hospital Leforte Liberdade	Hospital São Rafael
Hospital Madre Teresa	Hospital São Vicente de Paulo
Hospital Mãe de Deus	Hospital Saúde da Mulher
Hospital Marcelino Champagnat	Hospital Sírio-Libanês
Hospital Márcio Cunha	Hospital Vita Batel
Hospital Mater Dei	Hospital Vita Curitiba
Hospital Mater Dei Contorno	Hospital Vita Volta Redonda
Hospital Memorial São José	Laranjeiras Clínica Perinatal
Hospital Meridional	Pro Matre Paulista
Hospital Metropolitano	Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco
Hospital Ministro Costa Cavalcante	Rede D'Or São Luiz - Unidade Itaim
Hospital Moinhos de Vento	Santa Casa de Misericórdia de Maceió
Hospital Monte Sinai	UDI Hospital
Hospital Nipo-Brasileiro	Vitória Apart Hospital

### Associados

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente	Hospital Policlínica Cascavel
Complexo Hospitalar Santa Genoveva	Hospital Primavera
Hospital Albert Sabin	Hospital Santa Cruz (SP)
Hospital Aliança	Hospital Santa Lúcia
Hospital da Bahia	Hospital Santa Virgínia
Hospital do Coração Anis Rassi	Hospital Santo Amaro
Hospital Evangélico de Londrina	Hospital São Mateus
Hospital Memorial São Francisco	Hospital Sepaco
Hospital Nossa Senhora das Neves	Hospital Vera Cruz
Hospital Novo Atibaia	IBR Hospital

### Afiliados

Pronep Lar	SOS Vida
------------	----------